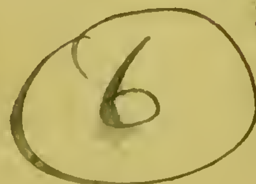


Dott. LUIGI BELLEZZA

Dirigente la Sezione Malattie Venereo-Sifilitiche nell' Ambulatorio Policlinico di Milano



Un caso di sifiloma successivo

(contributo ad una interessante e controversa questione di sifilografia)

Estratto dal Giornale LA TRIBUNA MEDICA

N. 7 - Luglio 1905



25 FEB 26

LIBRARY

MILANO

STAB. TIP. DITTA F. FOSSATI

1905

Dott. LUIGI BELLEZZA

Dirigente la Sezione Malattie Venereo-Sifilitiche nell' Ambulatorio Policlinico di Milano



Un caso di sifiloma successivo

(contributo ad una interessante e controversa questione di sifilografia)

Estratto dal Giornale LA TRIBUNA MEDICA

N. 7 - Luglio 1905

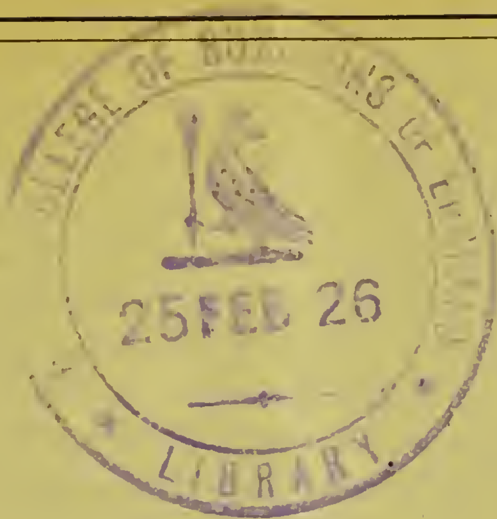


MILANO

STAB. TIP. DITTA F. FOSSATI

—

1905



Un caso di sifiloma successivo

(CONTRIBUTO AD UNA INTERESSANTE E CONTROVERSA QUESTIONE DI SIFILOGRAFIA)

Il caso che presento al lettore fu da me creduto degno di essere pubblicato non tanto per la rara curiosità clinica, quanto per l'interesse scientifico da esso offerto.

Trattasi di un caso di sifilomi multipli la cui importanza non sta nel numero dei sifilomi stessi, ma nella loro posizione in sede diversa. Si accresce tale importanza per il fatto che essi non ebbero, come succede quasi sempre in questi casi, un'insorgenza sincrona, simultanea o, per lo meno, a distanza cronologica breve (da un giorno all'altro p. es.), ma invece il secondo sifiloma si manifestò sei giorni dopo quello apparso pel primo. Il caso quindi, per un dupplice motivo eccezionale, ci trasporta nel campo della successività dei sifilomi, questione interessantissima ed altrettanto ardua.

Ma anzitutto ecco la storia dell'ammalato redatta dal collega Dr. Antonio Castoldi di Busto Arsizio, alla cui gentilezza debbo anche la rara e fortunata osservazione.

" Trattasi di un giovane (A. A.) d'anni 21, commesso di studio in Busto Arsizio; la sua costituzione fisica è buona, nulla di notevole da parte del gentilizio, nessuna malattia venerea pregressa. Nel mese di gennaio e durante i primi del febbraio 1904 aveva avuti ripetuti rapporti sessuali con una stessa donna senza che alcun inconveniente avesse a notare; senonchè il 12 febbraio cominciò ad osservare nella parte superiore del solco balano-prepuziale una piccola macchia della grandezza di una lenticchia, di un colore più rosso della mucosa vicina, disposta sulla linea mediana del pene e maggiormente estesa in senso longitudinale che in quello trasverso.

Essa andò poi allargandosi rapidamente e contemporaneamente ulcerandosi nella parte centrale, dalla quale cominciò ad uscire una leggera secrezione puriforme; l'ulcerazione rimasta sempre pressochè indolente anche alla palpazione, andava prendendo consistenza sempre più dura ed assumendo un aspetto scodellare colla superficie rossa, umida. In seguito questa divenne anche saniosa

perchè non curata dal paziente ed irritata dagli sfregamenti, ai quali era esposta. Ma intanto un'altro fatto veniva a richiamare l'attenzione dell'ammalato: sei giorni dopo l'inizio della lesione che abbiamo descritta (e qui l'ammalato assicura in modo formale la cronologia dei fatti), avvertì alla guancia sinistra, proprio nel suo mezzo come un piccolo " sbroffolo „ ed egli lo descrive in modo da poter credere assomigliasse ad un punto d'acne.

Istintivamente cominciò a toccarlo con le dita, a grattarlo sicchè ne usciva un lieve gemizio di sangue; frattanto esso si estendeva in superficie fino a raggiungere la larghezza di una moneta da due centesimi e assumeva una consistenza sempre più dura, si approfondiva pigliando forma scodellare colla superficie di color rosso grigio, lucente, segregante sostanza che l'ammalato dice simile a quella che usciva dall'ulcerazione del pene.

Così andando le cose, l'ammalato, che non si era preoccupato gran che di questa, limitandosi a pulirla il mattino con una soluzione disinfettante, impensierito invece grandemente per l'alterazione della gota, verso i primi di marzo ricorse alla mia opera senza però menomamente farmi cenno dell'ulcerazione del pene. Così consigliai all'ammalato dei lavaggi di sublimato e lo tenni in osservazione, non avendo ancora l'ulcerazione della gota un aspetto tale da permettere un giudizio, una diagnosi sicura.

Così pur continuando la cura locale l'ulcerazione della gota peggiorava, nè migliorava affatto quella al pene. Verso la fine di marzo si aggiunse poi un malessere generale, una fiacchezza, una prostrazione di tutte le forze. Nella mente dell'ammalato sorse, per quanto vago, il dubbio che potesse esistere un rapporto fra tali condizioni generali e le lesioni locali, e si decise di svelare tutto al curante. Allora di fronte alla lesione del pene, ormai caratteristica, ed a quella della gota che rappresentava pure il tipo più classico di sifiloma iniziale esposi all'ammalato la mia convinzione che si trattasse di infezione sifilitica e perchè la diagnosi gli venisse confermata lo indirizzai al collega Dr. Bellezza „.

Io appunto non potei che confermare la diagnosi che s'imponeva per l'aspetto delle due ulcerazioni, anche a prescindere da un altro fatto che alla insaputa dell'ammalato andava iniziandosi: la roseola cioè, che cominciando ad inaugurarsi coll'apparizione ancor timida di rare macchie di un color roseo pallido, tenero, doveva dopo pochi giorni diventare un'efflorescenza estesa, confluente, caratteristica, al tronco, alle braccia ed all'addome. Altri fatti importanti si rilevavano all'esame diretto dell'ammalato; primo fra essi l'adenopatia. Alle due pieghe inguinali, ma specialmente a quella di sinistra si palpavano parecchie ghiandole ingrossate, ben distinte le une dalle altre, di forma ovoidale o rotondeggianti, dure ed indolenti. L'ingrossamento era paragonabile al volume di una nocciuola, ma al sinistro, fra le altre, se ne notava una grossa come un uovo di colombo, di forma ovoide, durissima, ben distinta dalle vicine, indolente.

In corrispondenza dell'altra ulcerazione le cui dimensioni erano ormai doppie di quella alla verga, esisteva pure in modo meno rilevante, ma sempre caratteristico, l'infiltrazione delle ghiandole e precisamente si notava l'ingrossamento delle sotto mascellari e delle preauricolari di sinistra. Erano ghiandole di forma amigdaloide, ben distinte, dure ed indolenti. È importante notare qui come tale adenopatia fosse assolutamente ed unicamente dipendente dalla ulcerazione della gota, perchè non esistendo al lato corrispondente non si

poteva in alcun modo ripetere dall'infezione generale. Questa ipotesi infatti era contraddetta: 1.º dal fatto che si era appena allora iniziata la roseola e non poteva esistere ancora, come non esisteva, un'adenopatia generale in pieno sviluppo. — 2.º Si sarebbe dovuto ammettere la localizzazione dell'adenopatia sifilitica in una regione del collo che non è proprio quella di sua elezione. Ognuno infatti sa come essa si riscontra specialmente nella regione cervicale ed in quelle laterali. Aggiungerò come le ghiandole corrispondenti al sifiloma della gota si potevano osservare nel nostro ammalato anche parecchi mesi dopo pur essendo diminuite sensibilmente fin dai primordi della cura specifica; la quale fu dal collega iniziata appena ebbimo insieme riscontrate le prime macchie della roseola. Sotto l'influenza della cura (iniezioni di calomelano da 10 centigrammi ciascuna, praticate di dieci in dieci giorni) si verificò ben presto anche la risoluzione dei sifilomi ed il miglioramento dello stato generale. Quanto ai sifilomi, quello del pene che si era esteso un po' più verso sinistra (tanto che l'infiltrazione all'inguine sinistra era più rilevante), cominciò subito a regredire ed a cicatrizzare completamente lasciando tuttavia per qualche mese ancora il caratteristico indurimento che si dileguò adagio adagio.

Quello della faccia, che era divenuto di poco più grande del primo, si cicatrizzò qualche giorno dopo questo lasciando pure una base indurita per parecchio tempo.

Prima di chiudere le note riguardanti direttamente l'ammalato dirò come questi abbia compiuto ormai un anno di cura, poichè mentre io sto raccogliendole per la pubblicazione, un anno appunto è trascorso dall'apparizione della roseola. Egli sta ora assai bene, l'adenopatia è scomparsa, nessuna manifestazione specifica si è prodotta in questi ultimi mesi ed a rappresentare l'infezione subita non rimane che una cicatrice alla gota al posto del sifiloma, cicatrice della quale avrò occasione di parlare durante la trattazione clinica del caso, alla quale passo senz'altro.

L'autenticità dei sifilomi successivi oggi non viene più negata che da pochi. Per quanto gli autori ne abbiano reso noti molti esempi, il loro studio presenta ancora a tutto oggi dei punti oscuri e non completamente discussi. Il mio caso può benissimo rappresentare per la sua chiarezza il tipo più vero ed evidente dei sifilomi successivi inquantochè per essersi trovati i due sifilomi in sede diversa, non potevano verificarsi certe cause di errore che, come verrò dicendo, debbono essere invece eliminate quando i sifilomi successivi si trovano nella identica sede, per esempio, come è il caso più frequente, alla verga.

Ma il soffermarsi un momento ad esporre la ragione per la quale l'autenticità dei sifilomi successivi veniva infirmata, non è fuor di luogo, essendo appunto questo il primo passo alla discussione generale: discussione che, come dissi, non è delle più semplici, nè delle più note di sifilografia. In omaggio ai principi fondamentali si sosteneva che quando in un individuo era già apparso un sifiloma iniziale il suo organismo non poteva essere suscettibile di un secondo, di un terzo contagio, etc., perchè esso doveva già trovarsi infetto fino alla saturazione completa; ne seguiva che i sifilomi successivi dovevano essere niente altro che errori di osservazione, e precisamente dei sifilomi sincroni il cui sincronismo era sfuggito all'osservatore.

Così l'omaggio pregiudiziale ad un principio si risolveva in un'offesa alla verità, in un errore insomma che il Fournier chiama grossolano.

Difatti se si possono accusare gli ammalati di avere male osservato e mal riferito la cronologia dei loro sifilomi, non mancano le osservazioni inconfutabili di medici che osservando i loro ammalati giorno per giorno, ebbero modo di constatare tassativamente intervalli di tempo fra un sifiloma e l'altro di 2-4-6-8-10-12 giorni; così il Fournier in un caso di sifilomi successivi, in numero di tre, vide trascorrere cinque giorni fra il primo ed il secondo, quindici fra il primo ed il terzo.

Dimostrata come verità l'esistenza dei sifilomi successivi, bisogna però ricordare come per diverse ragioni la diagnosi possa essere errata potendosi interpretare come sifilomi successivi delle lesioni banali o delle altre forme morbose.

Per quanto tali ragioni d'errore fossero in gran parte eliminate nel mio caso, poichè i sifilomi invece di trovarsi riuniti alla verga si trovavano in sede diversa, credo opportuno esporle brevemente:

Il sifilografo abituato a vedere frequentemente delle ulceri dure sa, per esperienza, come intorno ad un sifiloma si producano talora delle infiltrazioni plastiche che hanno la forma di nodosità o di menischi ben circoscritti e tali da ricordare l'indurimento del sifiloma; se questi infiltrati subiscono per una causa qualsiasi una erosione, si ha l'immagine di un sifiloma.

Anche l'erpete può imporsi come sifiloma iniziale e difatti tra un'erpete un po' più largo ed un sifiloma un po' più piccolo del comune la rassomiglianza non è poca.

Non raramente il periodo secondario è di alcuni giorni preceduto da lesioni ulceriformi vicino od a poca distanza dal sifiloma; sono come dei sifilodermi ulcerosi che fanno da avanguardia all'efflorescenza e che possono essere scambiate per sifilomi.

Vi sono delle forme di balanite o di balanopostite con erosioni molto simili nell'aspetto a quelle del sifiloma iniziale e che si riscontrano specialmente laddove manca la cura od interviene l'irritazione locale di cure inadatte e l'errore è tanto più facile in quanto l'indurimento ulceroso assai spesso le fa permanere un tempo non breve.

Ed ora occupiamoci di un altro quesito che vien formulato a proposito dei sifilomi successivi o, meglio, vediamo come risponde ad esso il mio caso: i sifilomi successivi derivano da un solo e stesso contagio, oppure da contagi successivi sopraggiunti dopo? La storia clinica ci dice come l'ammalato abbia avuto diversi rapporti colla stessa donna per un periodo abbastanza lungo e precedente l'apparizione dei sifilomi. Insorsero essi dopo uno qualunque di questi rapporti e dopo, s'intende, uno solo di essi, oppure il secondo sifiloma derivò da un contatto successivo a quello che originò il primo?

La clinica, dice il Fournier, non ha modo il dare una risposta categorica attribuendo il tale od il tal altro sifiloma ad un contagio di una data piuttosto che di un'altra, però l'esperimento ha potuto stabilire come principio, che pel fatto di aver subito una prima volta l'innesto del virus sifilitico, l'economia non diventa subito refrattaria ad un innesto iterato del virus stesso. Quindi applicando questo risultato alla clinica siamo autorizzati a credere che dei sifilomi successivi possono bene derivare da contagi che si sieno susseguiti a breve distanza.

Nel mio caso, pur mancandoci una prova assoluta, chi non si sentirebbe inclinato a credere che quei due sifilomi sieno sorti appunto per due contatti

diversi? Diversa infatti è anche la sede dei due sifilomi e parrebbe anche più difficile l'ammettere che un identico ed unico rapporto abbia provocato contemporaneamente un sifiloma al pene, quasi senza dubbio trasmesso dai genitali femminili ed un sifiloma alla gota trasmesso dalla bocca con qualche bacio etc.

Certamente i sifilomi successivi possono derivare da un contagio unico e lo provano infatti certi casi nei quali apparvero in seguito ad un unico rapporto di data ben precisa prima e dopo la quale gli ammalati non si erano assolutamente esposti ad altra infezione. Fra le poche mie osservazioni di sifilomi successivi ho potuto constatare quasi sempre che l'ammalato aveva avuto diversi rapporti. Citerò anzi brevemente un caso di tal genere occorsomi di osservare ultimamente nel novembre 1904 e che non è privo d'interesse:

Trattasi di un giovane impiegato V. P. di Milano che si presentò da me la prima volta con una forma di sifilide secondaria all' inizio, a manifestazioni però gravi, tanto che dovetti consigliarlo a ricoverarsi in una Casa di Salute della nostra città dove si fermò circa un mese. Era venuto da me in principio del novembre 1904, ma già dalla fine di settembre egli aveva visto comparire alla verga tre sifilomi dei quali due al solco balano prepuziale, il terzo sulla parte superiore dell'asta a circa tre centimetri posteriormente al solco: erano comparsi i primi due alla distanza di un giorno, l'altro, e qui l'ammalato non aveva alcun dubbio, sette giorni dopo il primo. I sifilomi posti nel solco, a tipo erosivo, erano ancora ben visibili e non ancora cicatrizzati ai primi di novembre; erano poi ben distinti l'uno dall'altro, tutti e due a base assai dura e di aspetto caratteristico. Quello che risiedeva sull' asta era costituito da un neoplasma pure duro e caratteristico, ma non ulcerato. Un altro fatto degno di nota e sul quale dovrò tornare in seguito, si è che questo sifiloma apparso per ultimo aveva una dimensione maggiore dei precedenti e paragonabile pel volume ad una moneta da due centesimi; esso fu anche l'ultimo a cicatrizzare e, mentre la sclerosi dei primi due in fine di dicembre trovavasi pressochè svanita, in corrispondenza dell'ultima si palpava parecchio tempo dopo, una placca dalla tipica durezza. Orbene, questo mio ammalato aveva anch'egli avuto diversi successivi rapporti con la donna che lo ebbe ad infettare.

Vi è un altro argomento importante che riflette i sifilomi successivi: quello della distanza di tempo che intercede fra il primo sifiloma ed i seguenti. Generalmente tale distanza è di 2-3-4 giorni, più frequentemente anzi 5-6, o, 7; qualche volta però entrano in iscena durante od in fine della seconda settimana che segue il primo sifiloma; così in un caso citato dal Fournier il terzo sifiloma apparve quindici giorni dopo il primo. In un altro trattavasi di quattro sifilomi della faccia dei quali il primo apparve al labbro inferiore, due altri al mento quattro giorni dopo, il quarto al labbro superiore circa dodici giorni dopo il primo (1).

Un caso affine al precedente fu pubblicato dal Dr. Cenas nel *Journal des Maladies Cut. et Syphil.* (1895). Ma vi sono perfino degli autori quali il Diday, il Jullien, ed altri i quali citano osservazioni che se fossero vere, ci dovrebbero far ammettere la possibilità che questi sifilomi appaiano dopo

---

(1) *Annales de Dermatol. et de Syphilographie* - luglio 1897, pag. 738.

20-21-24-25 giorni (1). Bisogna accoglierle con beneficio d'inventario e pel fatto che sono rarissime e per l'altra ragione che il Fournier, pur non negandole a priori dichiara che egli non può citare di suo alcuna osservazione simile, ed aggiunge che senza far torto ad egregi sifilografi, la conferma di tale enorme tardività merita un supplemento d'inchiesta. Non potrebbero infatti tali autori essersi trovati di fronte a quelle cause d'errore alle quali già accennai e dalle stesse essere stati tratti in inganno da scambiare per un sifiloma successivo tardivo una lesione che era tutt'altro?

Accennerò per ultimo ad un altro punto controverso nello studio dei sifilomi successivi.

È vero che quando più sifilomi si producono in modo successivo, gli ultimi venuti offrono uno sviluppo minore che i precedenti? Se fosse vero questo asserto sostenuto da alcuni autori si dovrebbe ammettere un inizio di immunità da parte dell'organismo. Senonchè i fatti, dice il Fournier, sono ben lontani dal confermare questa teoria; fra gli altri è eloquente in proposito quel caso di quattro sifilomi della faccia citato dal Fournier e che io ho già accennato a proposito della cronologia dei sifilomi successivi. Il riferirlo qui più ampiamente, sia per la curiosità clinica del caso, sia per l'interesse grandissimo che offre, non mi è parso fuor di luogo. Comunicato nella seduta dell'8 giugno 1897 alla Società di Dermatologia e di Sifilografia da un interno del Fournier, il Dr. Lesnè, sollevò animatissima discussione alla quale presero parte alcuni fra i migliori campioni francesi della moderna sifilografia.

Il caso si riferisce ad un uomo di 38 anni; nel mese di maggio 1897 fu leggermente ferito dal barbiere col rasoio a livello del labbro inferiore. Ai primi di giugno, in corrispondenza alla ferita, comparve una pustola d'acne che l'ammalato scorticò e che divenne ben presto ulcerosa, ingrandendo a poco a poco. L'ulcerazione fu seguita da un infiltrato duro, ma non dolente delle ghiandole sottomascellari. Tre o quattro giorni dopo tale apparizione, vicino ed al disotto della precedente sorsero due altre lesioni di identico aspetto e finalmente, otto giorni dopo, un quarto sifiloma apparve al labbro superiore a destra della linea mediana. Quest'ultimo andò aumentando così rapidamente di estensione tanto da divenire, nello spazio di circa cinque giorni, più largo e più ulcerato dei tre precedenti. L'ammalato assicurava poi in modo formale, reciso, che i quattro sifilomi si erano sviluppati nello spazio di dodici giorni e pure recisamente negava di avere avuto qualsiasi rapporto extra coniugale, accusando del suo male esclusivamente la ferita fattagli dal rasoio. Entrò nella sala di Saint Louis il 24 giugno quando i sifilomi erano in piena evoluzione ed i loro caratteri così completi da imporsi con ogni certezza la diagnosi. Si presentavano infatti quali ulcerazioni arrotondite, leggermente sollevate, col fondo ed i bordi allo stesso livello; tipico l'indurimento, il colore chiaro muscolare, l'adenopatia sottomascellare doppia e ben manifesta.

---

(1) Il Diday (Histoire naturelle de la syphilis, 1863, pag. 238) ne cita tre casi: uno osservato da lui stesso, l'altro dal Cullerier, il terzo dal Waller. Nei primi due casi trattavasi di due sifilomi e l'intervallo fra l'uno e l'altro fu di tre settimane per quello del Diday, di 25 giorni per quello del Cullerier. Il caso del Waller si riferisce ad un bambino che presentava due sifilomi alla coscia sinistra e che dopo 15 giorni dalla loro apparizione ne presentò altri due alla spalla destra verosimilmente derivati dalla reinoculazione dei primi a mezzo delle unghie del bambino.

Il Jullien (Traité prat. des mal. vénér., 1886) cita il caso di un individuo che tre settimane dopo l'apparizione di un sifiloma al pene ne ebbe un secondo all'addome.

Altri casi sono descritti dall'Horand, dall'Haslund, dall'Ohmann-Dumesnil, dall'Hulmann, dal Lasch..

Il sifiloma apparso per ultimo, cioè quello al labbro superiore, invadeva leggermente il bordo mucoso, aveva le dimensioni d'un pezzo di due franchi essendo il più grande di tutti; quello del labbro inferiore era largo come un pezzo da un franco ed i due al mento avevano le dimensioni, l'uno della moneta da venti centesimi, l' altro da cinquanta centesimi. Il cinque luglio apparve un'eruzione normale di roseola. Besnier, Mauriac, Fournier, Jullien, presero parte alla discussione : il Besnier cominciò col rilevare, a proposito dei sifilomi successivi, come sarebbe interessante indicare in modo preciso la durata della prima e della seconda incubazione, come pure il tempo trascorso fra l'apparizione dei sifilomi successivi, come insomma le nozioni classiche intorno a tale soggetto abbiano bisogno d'essere riprese sopra nuove basi. Al Besnier seguì il Mauriac osservando che per l'apparizione di più sifilomi il massimo di intervallo osservato è stato da 15 a 16 giorni, e che la durata della seconda incubazione si prolunga talora assai fino a 80 e anche 90 giorni.

Il Fournier poi premettendo come la prima incubazione sia in media da tre a quattro settimane, aggiunse che può tuttavia variare da 15 a 40 giorni. La stessa durata del sifiloma è assai variabile, talora assai breve ed effimera. Per ultimo il Jullien, dopo aver detto come nessuna questione di sifilografia sia più interessante di quella dei sifilomi successivi, ammise che essi possono derivare da un solo coito, allorquando i tessuti offrono maggiore resistenza in un punto che in un altro, ma ritiene che essi succedano più frequentemente in seguito a contagi pure successivi, il che è anche logico e suffragato dai fatti. Così si osservano in giovani che hanno reiterati rapporti con una donna infetta. Il Jullien poi espone il caso di un suo cliente il quale ebbe a recarsi da lui di sei in sei giorni per farsi estirpare tre sifilomi, e l'illustre sifilografo si chiede anzi se la soppressione dei primi non abbia eventualmente favorito la comparsa degli ultimi (1).

Per lo stesso autore l'intervallo fra un sifiloma e l'altro, non sorpassa generalmente gli 8-10 giorni, ma egli stesso lo vide eccezionalmente di una durata maggiore e precisamente estendersi dai 15 ai 20 giorni.

Intorno però a quest'ultima affermazione io non ho che richiamare il lettore a quanto ho riferito più addietro sulla poca attendibilità, secondo il Fournier, di questi così grandi intervalli.

Un'altra osservazione fatta dal Jullien merita d'essere qui ricordata: egli afferma di aver osservato come fra i sifilomi successivi quelli venuti per ultimi offrono uno svolgimento minore del primo, il che tenderebbe a dimostrare un inizio di immunità.

Osserverò qui come il Jullien esponga tale osservazione a proposito di un caso che, come vedemmo, tende a dimostrare il contrario e ricorderò come a proposito dell'inizio d'immunità che il Jullien ed altri indurrebbero dal fatto delle minori dimensioni dei sifilomi successivi che sono apparsi per ultimi, il Fournier fa la seguente domanda: Non si potrebbe introdurre una distinzione

---

(1) Un concetto che contrasta vivamente con questo dubbio dello Jullen fu esposto dal Dr. Hudelo nella sua interessante pubblicazione: « De l'immunité syphilitique » (Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, fasc. 5 - 1891) Lo riassumerò il più brevemente possibile. Poichè, egli dice, l'esistenza dei casi di sifilomi successivi sembra dimostrare che l'immunità sifilitica possa mancare per alcuni giorni ancora dopo l'apparizione del sifiloma iniziale, non è legittimato ed anzi consigliabile il tentativo della cura abortiva del sifiloma coll'escissione di esso il più presto possibile e sempre s'intende, prima dell'adenopatia sintomatica ?

fra i sifilomi successivi che essendo nati prima del periodo d'immunità acquisita hanno tutta la libertà per svolgersi come al solito e quelli invece che apparendo più tardi cioè quando l'immunità sta elaborandosi nell'organismo, sono destinati, per il fatto stesso della saturazione, infettiva a vegetare, ad abortire, a morire in posto? Ed in base a questa ipotesi non sarebbe mai a questi sifilomi abortivi che si dovrebbero riportare quelle piccole lesioni erosive che si vedono talora prodursi in vicinanza d'un piccolo sifiloma e che, non potendosi loro assegnare un carattere qualsiasi, bisogna accontentarci di chiamare vagamente col nome di erosioni balanitiche, infiammatorie, erpetiche, etc.?

Io, risponde il Fournier, non faccio che porre la questione, non disponendo di alcun elemento per risolverla.

Aggiungerò che nei pochi casi di sifilomi successivi da me osservati (fra questi il caso già descritto di tre sifilomi osservati in un giovane impiegato) generalmente vidi che l'ultimo sifiloma era ugualmente o maggiormente sviluppato dei precedenti.

Nel caso che è oggetto di questa pubblicazione il sifiloma della gota era precisamente il doppio di quello del pene che era pur il primo.

Di casi simili a quelli del Lesné altri ne troviamo nella letteratura sifilografica; io ho voluto riportarne uno dei più interessanti, dei meglio studiati.

Così, a grandi linee, ho esposto le questioni che si agitano a proposito dei sifilomi successivi; ho voluto essere breve, riuscire chiaro e pratico anche a quei Colleghi che non occupandosi particolarmente di sifilografia possono non conoscere l'argomento.

Ed ora non chiuderò il presente lavoro senza aggiungere qualche osservazione intorno al secondo sifiloma perchè la posizione di esso rappresenta già per sè sola un'eccezionalità.

I sifilomi del viso infatti sono poco comuni e quelli della gota non sono fra essi i più frequenti.

Ecco infatti a tal proposito una statistica del Fournier:

Sifilomi del mento	54
„ della guancia	24
„ del naso	13
„ della fronte	2
„ delle tempia	1
	94

Come vedesi i sifilomi della gota rispettivamente agli altri del viso presi insieme starebbero quasi come 1 a 4. L'indole del presente lavoro non permette di dilungarmi a parlare dei sifilomi del viso, ma l'accennare a qualche dato che più strettamente si connette col sifiloma della gota non mi sembra uscire troppo fuori dall'argomento. L'eziologia del sifiloma della gota è la stessa degli altri sifilomi extragenitali; così può derivare:

1.) da contatti diretti quale il bacio, le morsicature i succhioni, etc., ma sopra tutto dal contagio genito-facciale. Riguardo a quest'ultimo fattore eziologico noterò come non sia sempre facile l'avere confessioni di tal genere dagli ammalati e come di conseguenza non sia facile stabilire un rapporto esatto di frequenza fra i diversi contatti diretti quali causa di sifilomi della faccia.

Nel nostro caso la confidenza stabilitasi fra noi e l'ammalato, la sua arrendevolezza ed intelligenza costituivano un insieme di così buone disposizioni

da renderlo in tutto sinceramente confesso. Egli però recisamente, formalmente ci assicurò che nessun contatto era venuto fra il suo viso ed i genitali della donna, ammetteva invece che durante gli amplessi non erano scarsi da parte della giovane amante baci e succhioni appassionati, sicchè non possiamo avere molti dubbi ripetendo da essi la causa del sifiloma.

2.) Il sifiloma della gota (e quelli del viso in genere) può dipendere da contatti indiretti come la trasmissione colle dita, colla saliva lanciata fuori dalla bocca.

3.) Può pure dipendere da contagi mediati cioè da quelli che hanno per intermediario un oggetto qualunque (salviette, fazzoletti da naso, spugne, veli, maschera, etc).

Talora l'origine è assolutamente misteriosa e deve attribuirsi a circostanze affatto fortuite, accidentali come p. es. la saliva lanciata sul viso durante una conversazione, e così via. Nel nostro caso, all'infuori dei baci e dei succhioni, potei escludere quasi completamente tutte le altre ragioni ed esclusi pure un altro fattore eziologico che è il più importante nel produrre i sifilomi della faccia, cioè l'uso del rasoio. È appunto al rasoio che si deve il maggior numero di sifilomi del mento i quali nella statistica precedente del Fournier superano la metà dei sifilomi delle altre regioni sommati insieme.

Ho voluto accennare a questo fattore eziologico specialmente perchè in certo qual modo si connette coll'argomento dei sifilomi successivi; infatti dobbiamo qui ricordare un particolare dei sifilomi del viso, che consiste nella molteplicità assai comune dei sifilomi del mento in confronto di quelli delle altre regioni della faccia stessa che sono generalmente unici. Osservazioni non dubbie di autori troppo degni di fede si riferiscono a casi di 6-7-8 sifilomi iniziali. Tale molteplicità parrebbe doversi attribuire ai piccoli traumatismi del rasoio e ricorda l'altro fatto (ben noto al pratico) di sifilomi multipli sul pene degli scabiosi, molteplicità spiegabile col grattamento e coi traumatismi prodotti dall'acaro. Anche alla gota però si possono osservare i sifilomi multipli; valga per tutti il classico caso osservato dal Dr. Petrini (di Galatz) di un uomo che ebbe sei sifilomi sulla metà sinistra del viso e precisamente quattro sulla gota, uno sulla palpebra superiore ed un altro a livello della regione carotidea. Per chiudere l'argomento dell'eziologia ricorderemo come il sifiloma facciale sia nell'infanzia il più comune dei sifilomi extra genitali e ciò perchè il bambino bacia ed è baciato troppo frequentemente.

Il Tenneson riferisce pure il caso di due sifilomi della stessa gota; nè manca qualche osservazione di due sifilomi, uno ad una gota l'altro all'altra. Interessante l'osservazione fatta dal Barthelemy e dal Fournier: trattasi di una donna che soffriva da tempo di un'acne rosacea delle più ribelli; in una stessa gota si presentavano tre sifilomi la cui apparizione potrebbe supporsi favorita dal fatto che il processo di continua desquamazione epidermica, concedeva al passaggio del virus facili entrate. Così nel nostro caso lo " sbroffolo „ alla gota non potrebbe aver costituito un " locus minoris resistentiae „ e aver favorito l'innesto del virus?

Aggiungerò qui come per l'enorme maggioranza dei casi il sifiloma della gota costituisca naturalmente la localizzazione unica dell'infezione sifilitica; rarissime volte fu osservata coesistente con sifilomi d'altre sedi quali il mento il collo etc. A proposito di queste rare eccezioni debbo però notare come malgrado le ricerche da me fatte, non abbia potuto rintracciare presso gli

autori un altro caso simile al mio; intendo un caso di sifiloma della gota coesistente con uno del pene e col carattere della successività (1).

Quanto alla *forma clinica* i sifilomi della gota essendo anch'essi sifilomi cutanei offrono le modalità obbiettive proprie di questi e quindi presentano anch'essi le due forme cliniche di: sifilomi crostosi e sifilomi scoperti. S'intende che queste due modalità possono anche alternarsi per uno stesso sifiloma. La *grandezza* dei sifilomi della gota è varia; vi si possono riscontrare sifilomi piccoli, speciali, con un aspetto insomma di lesione assai benigna; talora invece l'estensione varia da una moneta da una a due lire fino a quella di uno scudo. Si è visto come nel mio caso il sifiloma fosse scoperto e della dimensione (non tanto frequente) di una moneta da due lire, con una base durissima, come del resto si verifica generalmente nei sifilomi della faccia nei quali il carattere specifico della *durezza* della base è, si può dire, esagerato. Anzi questo rilievo obbiettivo insieme a quello della adenopatia, della rapida evoluzione, dell'essere la lesione circoscritta, costituisce il criterio diagnostico del sifiloma della faccia. Nel mio caso e la durezza, e l'adenopatia, e la rapida evoluzione, ed il carattere di lesione circoscritta parlavano appunto eloquentemente per un sifiloma iniziale.

Fui cioè fortunato di non trovarmi di fronte alle frequenti regioni di errore nella diagnosi di sifiloma facciale. L'interesse dell'argomento è tale che voglio appunto accennare brevemente a queste cause di errata diagnosi seguendo la descrizione fattane in modo mirabile dal Fournier: supponiamo per esempio di aver sott'occhio un sifiloma della faccia a neoplasma esuberante, di durata superiore al comune e di cattivo aspetto. Abbiamo tutte le condizioni che si possa rinnovare il caso riferito dall'Anderson di un sifiloma della gota che, interpretato come epitelioma, fu esportato.

Il Fournier cita due osservazioni personali di tal genere e di esse ricorderemo quella di un sifiloma del mento che battezzato come un epitelioma da un chirurgo di Parigi, venne esportato coll'esito..... di una roseola specifica! da un chirurgo, aggiunge il Fournier, giustamente celebre ma " a' coup sur ètranger á la syphiligraphie „; parole che bisognava riferire testualmente perchè non perdessero il loro sapore. È quasi inutile aggiungere, dopo quanto dissi disopra, che in questi casi per la diagnosi differenziale fra epitelioma e sifiloma è di grande valore la differente evoluzione, poichè a quello sviluppo che il sifiloma può giungere in una quindicina di giorni, l'epitelioma non arriva che dopo parecchi mesi e, mentre l'accrescimento dell'epitelioma è progressivamente continuo, quello del sifiloma ha un limite oltre il quale comincia una fase di regressione che va fino alla riparazione completa. Ma la diagnosi differenziale fra sifiloma ed epitelioma viene assai facilitata anche dal modo di comportarsi delle ghiandole perchè, mentre pel primo l'adenopatia è già sviluppata dopo la seconda settimana, pel secondo non si manifesta che dopo parecchi mesi.

---

(1) Una raccolta di casi di sifilomi successivi trovasi nella pubblicazione, già da me citata, del Dr. Hudelo; essi appartengono all'Haslund, al Du Castel, al Lasch. Osservazioni del genere hanno pure alcuni dei nostri sifilografi, quali lo Sperino, il Ricordi, il Turati.

Un altro caso di data recentissima ed assai interessante fu comunicato dai D.ri Texier e Malherbe (Syphilis bucco-pharyngée. Chancres multiples et successifs; — Congrés de Laryngologie, maggio 1905). Ma dovendo io in altra occasione ritornare sull'argomento, mi riserbo di esporli e commentarli diffusamente.

Supponiamo per converso di aver sott'occhio un sifiloma che ha tutta l'apparenza di essere benigno, con un aspetto di piccola lesione crostosa, erosiva: ebbene, molte sono le banali alterazioni della pelle alle quali tale sifiloma può assomigliare traendo così il pratico ad un errore grossolano.

Per esempio il sifiloma in tali condizioni può venire scambiato per una placca di impetigine o di eczema, per una incrostazione di erpete, per un foruncolo etc.

Vi sono perfino dei piccoli traumatismi della superficie che possono assomigliare al sifiloma, per esempio una scalfitura, una ferita col rasoio etc. In questi casi nei quali la diagnosi differenziale può essere più difficile di quanto sembra, ognuno comprende quale importanza abbiano i due rilievi dell'indurimento e dell'adenopatia. Potrei accennare anche alla diagnosi differenziale col lupus, ma la differenza di evoluzione è così grande che mi dispenso dal farlo.

Ho più volte, ma in modo sparso, parlato della durata dei sifilomi della gota e della faccia in genere; per riassumere aggiungerò come essa sia assai variabile a seconda della loro grandezza e così, mentre da una parte i sifilomi piccoli o di media grandezza compiono la loro evoluzione in un tempo che varia da quattro ad otto settimane, quelli a grande neoplasma impiegano a svolgersi ed a risolversi 2-3-4 e più mesi.

Nel mio caso la cicatrizzazione avvenne in poco meno di due mesi. Nè è qui tutto, perchè in tali limiti di tempo non è compreso quello che il neoplasma impiega a risolversi integralmente; la cicatrice infatti non segna la fine vera del sifiloma perchè al disotto della cicatrice permane uno stato d'indurimento che con maggiore o minore lentezza andrà a poco a poco dileguandosi, sicchè se si dovesse fissare dei limiti di tempo all'evoluzione completa del sifiloma, essi sarebbero rappresentati da cifre assai alte e precisamente da cinque ad otto mesi! Così siamo venuti all'ultimo particolare dell' argomento rappresentato dall'ultima espressione del sifiloma: la *cicatrice*.

La cicatrice permanente non è esito necessario del sifiloma iniziale, verificandosi in generale solo per i sifilomi esuberanti. Quelli piccoli, superficiali, non lasciano generalmente traccia specialmente nei soggetti giovani nei quali i processi di riparazione sono attivissimi.

Si capisce infatti come i sifilomi che hanno interessato il derma facciale, siano seguiti da una cicatrice più o meno appariscente, indelebile, sicchè dopo anni ed anni dall'infezione si può riscontrare una stigmate in certo qual modo accusatrice. Fortunatamente però tale cicatrice è poco importante, non deturpa l'estetica del volto essendo essa liscia, superficiale, un po' più bianca dei tegumenti vicini.

Questo naturalmente è il colore della cicatrice vecchia perchè in origine essa è di colore rossastro o bruno cupo, in seguito subisce modificazioni di pigmento per finire col decolorarsi ed assumere l'aspetto indicato.

L'entità della cicatrice del sifiloma dipende dalla condizione seguente: se il processo ulcerativo è avvenuto a spese del neoplasma ulceroso si ha poco o punto di cicatrice, se invece è avvenuto a spese del tessuto normale, la cicatrice è più o meno accentuata.

Nel nostro caso la cicatrice dopo un anno è più che visibile; essa ha subito regolarmente le fasi di colorazione che vedemmo proprie di queste cicatrici; si presenta liscia, priva di follicoli piliferi, allo stesso livello del resto della cute; non è visibile ad una osservazione snperficiale, ma la si vede nettamente e ben delineata ad una ispezione di proposito.

Nessun dubbio che tale cicatrice permarrà indelebile come altre che non è tanto raro vedere.

Fra i casi di cicatrice da sifiloma della faccia che mi è occorso di vedere ricorderò quello osservato al labbro superiore in una donna d'anni 23 (M. L. casalinga) la quale a 14 anni ebbe appunto sul lato sinistro del labbro superiore un'ulcerazione a larga base che da due medici di Milano, fra i quali un egregio sifilografo, fu giudicata come un sifiloma, diagnosi che fu poi confermata da fenomeni secondàri non dubbi.

Tale cicatrice trovasi a mezzo centimetro all'infuori del solco naso-labbiale ha la larghezza di una moneta di un centesimo, è superficiale, liscia, regolarissima ed è facilmente visibile per la bianchezza maggiore di quella dei tessuti vicini.

Tuttavia occorre qualche volta di vedere cicatrici da sifiloma assai ampie; io conosco per esempio un giovane, commesso iu un negozio della nostra città, il quale alla parte sinistra del mento presenta una cicatrice larga quanto una moneta da cinque centesimi ; si può dire anzi che tutta la metà sinistra del mento sia ridotta a cicatrice, essa però non è così liscia e regolare come quelle descritte di sopra, ma ha una superfice irregolare, a piccoli rialzi ed abbassamenti e nel complesso trovasi al disotto dei tessuti sani vicini tanto che la metà sinistra del mento, invece che prominente come la metà destra. è incavata a scodella facendo così l'impressione di una cicatrice da ferita. E tale fu l'impressione che ne ebbi io quando vidi per la prima volta questo giovane che era venuto a consultarmi per una blenorragia. Discorrendo con lui appresi come otto anni prima avesse avuto una grave ulcerazione al mento formatasi in seguito ad una scalfitura procuratagli dal barbiere col rasoio. L'ulcerazione era stata vista da diversi medici che non ne interpretarono la vera natura, finchè l' ammalato, perdurando da oltre un mese la lesione, consultò uno specialista di matattie cutanee il quale fece diagnosi di sifiloma. Seguirono infatti le manifestazioni non dubbie dell'infezione.

Questo caso ed altri simili nei quali non è del tutto infrequente l' imbatterci, presentano, a prescindere dalla curiosità clinica, interesse veramente pratico.

Infatti la conoscenza delle molteplici localizzazioni del sifiloma iniziale in sede anomala è, senza dubbio, interessante tanto per il sifilografo quanto per il medico pratico ; non mancano dei medici che non credono ancora alla loro frequenza e che raramente dinanzi ad una lesione sospetta affacciano il dubbio che si possa trattare di un sifiloma iniziale. Il conoscere che vi sono anche delle sedi extragenitali dalle quali l' infezione sifilitica può avere il suo punto di partenza, ha pure una grande importanza dal lato profilattico ed anche i profani dovrebbero sapere come possa prodursi all'infuori del rapporto sessuale.

Così l'ignoranza degli ammalati, il diffetto d'osservazione di medici, hanno non poche volte potuto proteggere con un sciagurato silenzio la marcia insidiosa del male, così da alcuni si è potuto dire e scrivere con tutta serietà che esistono casi di sifilide acquisita d'emblée, senza la porta d'entrata, senza sifiloma iniziale..., perchè se a questa affermazione debbono aver contribuito anche i casi di sifilomi del pene o piccoli, o di breve durata, o nascosti dal fimosi etc., debbono averla più che tutto determinata i casi di sifilomi extragenitali rimasti sconosciuti.

Il lettore vorrà perdonarmi se dopo avergli esposto un caso nuovo, ho finito

col ripetere cose vecchie e lo potrà fare pensando che si tratta bensì di cose vecchie e note, ma di tale importanza, che il ripeterle non è mai fuor di posto.

E qui, giunto al termine del mio lavoro, mi è cosa gradita riferire il giudizio espresso dal Prof. Alfredo Fournier intorno al mio caso, giudizio che mi confortò a questa pubblicazione, pensando dovesse riuscire interessante. A lui che nella classica opera " La Syphilis „ ha discusso largamente e profondamente l'argomento dei sifilomi successivi, trattato da pochi autori, dimenticato dai più, io ed il collega Dr. Castoldi, esponemmo il caso aggiungendo che lo interpretavamo come un esemplare di sifiloma successivo. Il Prof. Fournier ci rispondeva così: " Remerciéments pour votre communication. Votre cas est *trés intéressant et probant.* „ Nella stessa lettera ci indirizzava cortesemente ad uno dei suoi interni il Dr. Sabareanu il quale stava preparando la sua tesi sull'argomento dei sifilomi successivi e raccogliendone i casi. Era mio desiderio di accennare a questo lavoro, ma esso, come mi scrisse il Dr. Sabareanu, è in via di pubblicazione. Riservandomi di farlo in altra occasione sento il dovere di tributargli un vivo ringraziamento per avermi egli fornito qualche nota utile alla trattazione dell'argomento e chiuderò col trascrivere qui alcune sue parole che si riferiscono a questa rarità clinica dei sifilomi successivi:

" *Malgré l'évidence des faits, bien de médecins se refusent à les admettre les attribuant à une mauvaise observation. Pour cette raison je crois qu'il faut les publier chaque fois que le hasard nous les montrent, d'autant plus que vous étes sûrs de la succession et des dates* „.

Ed io mi associo completamente a questo concetto del Dr. Sabareanu, essendo un richiamo, un invito ai colleghi di rendere noti questi casi tutte le volte che la pratica offrisse loro la rarissima occasione d'osservarne.

